

RELAZIONE TECNICO- SANITARIA DEL PROGETTO PRONTO SOCCORSO - CENTRO DI PRIME CURE OSPEDALE MAGGIORE

Premessa

La configurazione strutturale del nuovo Centro Prime Cure (CPC) allocato presso il cosiddetto poletto tecnologico dell'Ospedale Maggiore, ovvero il dimensionamento ed organizzazione degli spazi, sembra trovare origine nella “Relazione relativa alla disposizione degli spazi del costruendo poletto tecnologico” del Direttore Sanitario dd 15 dicembre 2009 prot DSC 1967/P, che per il *Pronto Soccorso/Centro Prime Cure* prevede che:

“La funzione dell’Osservazione Temporanea appare pertanto superflua in questa sede per l’attuale assetto organizzativo dato alle funzioni dell’emergenza e per il grande impegno di risorse mediche ed infermieristiche che richiederebbe.”

“Sono stati ampliati gli spazi sosta barellati, adiacenti al triage per permettere la vigilanza da parte del personale di assistenza, in quanto al Maggiore confluiscono prevalentemente pazienti ambulatoriali non deambulanti provenienti dalle case di riposo e dai servizi di assistenza territoriale.”

“Sono stati previsti in questa sede 3 ambulatori, di cui uno chirurgico;”

Tale dimensionamento ed organizzazione degli spazi venivano sostanzialmente confermati con nota del Direttore Sanitario dd 23 giugno 2010 in risposta alla nota del Nucleo di Valutazione dell’Edilizia Sanitaria e Socio-assistenziale della Direzione Centrale della Salute dd 7 giugno 2010 prot. 10784/SPS-STI che manifestava la necessità di approfondimento circa *“il dimensionamento ed organizzazione degli spazi dedicati al personale nel Centro Prime Cure”*.

Pare opportuno segnalare che la configurazione del CPC prevista dalla sopra citata Relazione andava a modificare sostanzialmente le previsioni della precedente Relazione Tecnico-Sanitaria dd 10 marzo 2005, sottoscritta dal Direttore Sanitario dell'epoca ed approvata dal Nucleo di Valutazione dell'Edilizia Sanitaria e Socio-assistenziale nella seduta dd 6 aprile 2005.

I contenuti dimensionali ed organizzativi dell'epoca, che erano coerenti con il progetto strategico di sviluppo di un Dipartimento interaziendale di Pronto Soccorso, Prime Cure e Continuità assistenziale, venivano definiti nella Delibera del Direttore Generale dd 22 aprile 2008 n. 139, che riprendeva sostanzialmente la configurazione logistica indicata nella citata Relazione Tecnico-Sanitaria dd 10 marzo 2005, prevedendo:

Accesso pedonale

Accesso automezzi tramite camera calda

Area di triage con 2 sale di attesa, ampie e confortevoli, una per pazienti deambulanti, una per pazienti in barella-lettiga, ambedue sotto controllo visivo dell'infermiere di triage;

Area ambulatori con 4 ambulatori tutti intercomunicanti;

Area di osservazione temporanea, dotata di 4 posti barelle, separati da tende, adiacente all'area ambulatori, in modo da facilitare il collegamento e la sorveglianza;

Area di servizio per stanza medici, coordinatore infermieristico, segreteria, magazzini, archivio, ecc.

Configurazione attuale degli spazi

L'attuale configurazione strutturale del CPC consente un servizio dedicato quasi esclusivamente ad utenti autosufficienti nella deambulazione e che richiedono prestazioni ambulatoriali senza bisogno di successivo periodo anche breve di osservazione.

Il triage presenta una buona capacità ricettiva di utenti deambulanti, che quindi possono attendere nelle sedie della zona d'aspetto, nel mentre i pazienti barellati possono attendere in numero non superiore a 4, ma di meno qualora uno o più posti barella del triage dovessero essere occupati da pazienti barellati in attesa di prestazioni specialistiche e/o diagnostiche oppure di dimissione, risultando lo spazio dedicato a pazienti barellati presso il triage l'unico in grado di ospitare pazienti in barella, essendo il solo spazio del CPC, oltre agli ambulatori, provvisto sia di erogazione di ossigeno, sia di acqua corrente.

Gli ambulatori sono formalmente 3 ma in realtà 2, trattandosi di un locale di circa 20 mq e di un altro locale di circa 40 mq, di cui è prevista la divisione con parete mobile; di fatto viste le limitatissime dimensioni dell'area (circa 60 mq) e considerato tutto il mobilio e i presidi da contenere, gli ambulatori risultano operativamente due.

In contiguità di triage ed ambulatori vi sono 4 stanze, ma tutte sprovviste di ossigeno e acqua corrente, accessibili attraverso porte larghe 90 cm ciascuna, che allo stato attuale potrebbero trovare uso come stanza medici, dirigente, caposala, infermieri, ma non essere adibite, se non con modifiche impegnative, ad ambulatori e/o box di osservazione.

In questo contesto strutturale presso gli ambulatori potrebbero essere trattati al massimo 2 pazienti contemporaneamente, ma non essendo previsti nelle adiacenze spazi di osservazione per le rivalutazioni post accertamenti e/o il controllo degli effetti dei trattamenti terapeutici, è probabile che in tali casi almeno, per alcune tipologie di pazienti, la permanenza di questi all'interno degli ambulatori possa essere considerevolmente più lunga dell'attuale.

Pare pertanto presumibile che la struttura nell'attuale configurazione non sarà in grado di sostenere in media più di 3 pazienti ora, ma probabilmente molto di meno in caso di pazienti con problematiche tipo dolore toracico, dolore addominale, ferite, ecc.; quindi con la previsione di trattare nell'unità di tempo meno della metà dei pazienti attualmente visti al Maggiore.

Adeguamento dell'attuale configurazione degli spazi

La situazione strutturale dei presidi dell'AOUTS consiglierebbe invece una diversa vocazione per tali spazi, ossia di mantenere una funzione di pronto soccorso seppure articolata con quella di prime cure, quest'altra peraltro di non agevole definizione, nel mentre l'attività di pronto soccorso è puntualmente disciplinata dalla specifica vigente normativa.

E' peraltro evidente che per mantenere detta funzione di Pronto Soccorso risulta indispensabile un adeguamento della configurazione attuale, con la creazione di almeno 4 box di osservazione e relativi locali di servizio/supporto, con tutto ciò che tale adeguamento comporta in termini di ampliamento della disponibilità di ossigeno, acqua corrente, ventilazione, illuminazione, ecc.

Motivazioni per l'adeguamento della configurazione degli spazi

1. Gli spazi del Pronto Soccorso di Cattinara sono notoriamente assai inadeguati agli attuali carichi di lavoro, per cui il dirottamento in questo presidio di una quota di pazienti adesso visti al Maggiore, seppur di bassa complessità, verrebbe ad incidere molto negativamente sull'operatività di Cattinara essendo già al limite delle possibilità di assistere in tempi ragionevoli ed in spazi adeguati l'attuale numero di pazienti, per cui anche un minimo incremento potrebbe risultare intollerabile.
2. Similmente al Pronto Soccorso anche le strutture radiologiche di Cattinara dedicate all'urgenza sono sature, per cui l'eventuale dirottamento di ulteriori pazienti con esigenza di diagnostica per immagini non sarebbe sostenibile, nel mentre parrebbe molto ragionevole il contrario e cioè porre le condizioni per incrementare l'accesso al Maggiore di pazienti con esigenza di diagnostica per immagini, in modo da sfruttare al meglio le opportunità della nuova struttura radiologica del poletto e nel contempo detendere la pressione sulla Radiologia di Cattinara (e di conseguenza anche sul Pronto Soccorso).
3. Nell'ultimo decennio non sono stati pochi i momenti di crisi del complesso di Cattinara, in cui il Pronto Soccorso del Maggiore ha rappresentato un ausilio insostituibile per limitare le conseguenze delle varie criticità: dal black out elettrico agli infortuni di massa, al maltempo estremo, quando per ore Cattinara risultava oggettivamente irraggiungibile in tempi ragionevoli, ed infine ai black out dei TAC a Cattinara, per cui pazienti gravi e urgenti dovevano essere trasportati in prima battuta al Maggiore per l'esecuzione di tale esame.
4. In tempi relativamente brevi Cattinara sarà oggetto di una profonda ristrutturazione ed anche il Pronto Soccorso ne sarà oggetto con presumibili ricadute sull'operatività, per cui poter contare su una struttura parallela di pronto soccorso potrebbe assumere grande rilevanza, visto che potrebbero ripetersi con maggior impatto su una struttura cantierata episodi come quelli ricordati al punto 3 e/o potrebbero presentarsi d'altri inconvenienti legati ai cantieri.

5. Da ultimo, ma di non minor importanza, va ricordato che il progetto di cui si è accennato in premessa di Dipartimento interaziendale con ASS n.1, qualora dovesse essere ripreso, necessiterebbe di un'adeguata sede di pronto soccorso/centro prime cure, ove integrare le attività di emergenza/urgenza/filtro delle strutture operative coinvolte; integrazione quanto mai necessaria nell'ottica della razionalizzazione dei servizi e soprattutto nell'ottica della riduzione dell'ospedalizzazione inappropriata, giacché nelle simulazioni alla base del progetto di dipartimento in parola, si stimava dall'azione di filtro integrata una riduzione di non meno di 20.000 giornate di degenza anno nel DAI di Medicina. Peraltro, aggiornando tale progetto con l'utilizzo di parte dei letti della Day Surgery a gestione multidisciplinare, la riduzione di cui sopra potrebbe agevolmente raddoppiare.

Trieste, 4 dicembre 2013

Il Direttore
della S.C. Pronto Soccorso e Terapia d'Urgenza

Dott. Walter Zalukar